Travail du service de Mr le Dr CLAUDE
Professeur agrégé
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

TUBERCULOSE

ET

GOITRE EXOPHTALMIQUE

PAR

le Docteur Philippe LEDOUX
ancien externe des Hôpitaux de Paris

PARIS
ATTINGER FRÈRES, ÉDITEURS
2, RUE ANTOINE-DUBOIS, 2

1914

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

LE DOYEN	M. LANDOUZY.
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	P. MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE.
BERNARD	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD.
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY.
BRUMPT	JOUSSET (André).	MAILLARD.	ROUVIÈRE.
CAMUS	LABBÉ (Henri).	MOCQUOT.	SAUVAGE.
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON.	SCHWARTZ (A.).
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX.	SICARD.
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT.	TANON.
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC.	TERRIEN.
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE.	TIFFENEAU.
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY.	VILLARET.
GRÉGOIRE		RETTERER.	ZIMMERN.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. Le Professeur GAUCHER

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse.

A MA MÈRE

en gage de vénération.

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur Dujarier, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

M. le Docteur Mathieu, chirurgien des hôpitaux.

M. le Docteur Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin.

M. le Docteur Chevrier, chirurgien des hôpitaux.

M. le Professeur Widal, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Cochin.

M. le Docteur Frouin, ancien interne des hôpitaux.

A M. Le Professeur ARNOZAN

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A M. Le Docteur BERTRAND

A M. Le Docteur BRESSET

MÉDECIN DU DISPENSAIRE DE LA CAISSE DES ÉCOLES

DU VIIe ARRONDISSEMENT

A MES MAITRES D'EXTERNAT

M. le Docteur Dufour, infirmerie de la Maternité.

M. le Docteur Mouchet, hôpital Bretonneau.

M. le Docteur Hudelo, hôpital Broca.

M. le Docteur Launois, hôpital Lariboisière (*in memoriam*).

M. le Docteur Claude, hôpital Saint-Antoine.

M. le Docteur Dupuy-Dutemps, hôpital Saint-Antoine.

M. le Docteur Joseph.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/tuberculoseetgoi0027ledo

TUBERCULOSE

ET

GOITRE EXOPHTALMIQUE

GÉNÉRALITÉS

L'étiologie du goitre exophtalmique a de tout temps été fort discutée et elle a donné lieu à des hypothèses diverses qui ont eu des succès variables.

Jadis on mettait tout sur le compte de la névrose et on citait, à l'appui de cette hypothèse, les cas nombreux où les malades avaient dans leurs ascendants, soit des goitres exophtalmiques, ce qui est rare, soit plus fréquemment des cas d'hérédité névropathiques, telles que l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation mentale, des tares nerveuses.

Plus tard on s'efforça d'élucider les causes de la maladie. On trouva au début de l'affection une frayeur, une émotion, un violent chagrin, ou encore un fait d'ordre génital, telles que la puberté, une grossesse, la ménopause.

Ce n'est qu'assez tardivement que l'on signale l'action d'une infection sur l'évolution d'un goitre. On signale surtout la fièvre typhoïde, la grippe, la scarlatine, la coqueluche, le rhumatisme articulaire aigu, la syphilis, le saturnisme.

Différents auteurs avaient déjà marqué, dans leurs obser-

vations, que le goitre exophtalmique survenait chez des sujets ayant des antécédents tuberculeux ou se compliquait de tuberculose au cours de son évolution. Mais pour ces auteurs, c'étaient là des faits banaux sans portée générale.

Ce n'est qu'en ces dernières années que Poncet montra la relation qui unit, dans bien des cas, la tuberculose au goitre exophtalmique et que, loin d'être un épiphénomène au cours de son évolution, elle détermine, en bien des cas, l'apparition de la maladie.

Nous verrons qu'avant l'apparition du livre de Poncet sur la tuberculose inflammatoire, des thèses étaient parues sur la maladie de Basedow mentionnant presque toutes un certain nombre d'observations où le rôle de la tuberculose ne semble pas douteux.

TRAVAUX CONCERNANT LES RAPPORTS ENTRE LA TUBERCULOSE ET LE GOITRE EXOPHTALMIQUE

Nous avons dépouillé les thèses parues sur la maladie de Basedow dans ces dernières années.

Voici ce que nous avons trouvé dans ces recherches :

Amado (1), page 25, cite le résumé d'une observation de Gilbert et Castaigne (Obs. III), Société de Biologie, juin 1899.

Malade âgée de 42 ans; tuberculeuse. Elle présente tous les signes du syndrome de Basedow. A l'autopsie, on trouve le corps thyroïde hypertrophié, très ferme, il pesait 140 grammes. Au microscope, on constate des lésions de cirrhose hypertrophique diffuse, sans altération très notable des grains thyroïdiens qui semblaient augmentés de volume. Sous les bandes de tissu scléreux on a trouvé par places des follicules tuberculeux; l'inoculation du tissu thyroïdien à des cobayes a provoqué de la tuberculose. Il peut se faire qu'il s'agisse d'un goitre ayant comme point de départ une toxi-infection du corps thyroïde.

Page 26, Mantoux et Canton de la Roche (Obs. IV de Amado).

Femme de 41 ans, tuberculose scléreuse depuis une vingtaine d'années. Mène une vie active toute l'année. A la

---

(1) *Goitre exophtalmique*. Étude pathogénique et thérapeutique. Paris, 1909.

suite d'une grande fatigue la malade a 39° le soir, 38° le matin. L'entourage constate que le caractère de la malade s'aigrit ; elle devient nerveuse, impatiente, dort moins bien, on trouve qu'elle a les yeux mauvais et très brillants. Elle présente des crises d'ennui, s'agite et parle seule, passe des nuits entières sans dormir. Il existe un tremblement léger des doigts, des bouffées de chaleur surviennent en dehors des accès fébriles. Elle a surtout, au niveau de la région thyroïdienne, une sensation que son cou grossit. Cette sensation est fausse, car l'examen du corps thyroïde ne permet pas de constater une augmentation du corps thyroïde. Le pouls oscille aux environs de 90 à la minute.

Cléret (1), 1911, page 31, cite Laignel-Lavastine et Block (*Archives générales de Médecine*, 1904).

Jeune fille de 19 ans qui, à la suite d'une colère, s'évanouit; quand elle revint à elle, elle présentait une exophtalmie très prononcée et des palpitations. Par la suite, se constitua une maladie de Basedow classique. Elle entra à l'Hôtel-Dieu seize mois après le début de ses accidents, en septembre 1902, et y mourut en juillet 1903. Pendant la durée de son séjour à l'hôpital se développa une tuberculose pulmonaire qui s'aggrava peu à peu. La malade mourut en asystolie. A l'autopsie : sommet du poumon gauche recouvert d'une calotte pleurale épaisse de un centimètre, déjà ancienne qui engainait complètement la partie inférieure du sympathique cervical, le ganglion stellaire en particulier. Le corps thyroïde était gros, fibreux, dur. Le cœur était mou, gros, dilaté ; on ne pouvait en détacher le péricarde, car il y avait une symphyse péricardique.

Malade ancienne pleurétique tuberculeuse du professeur Reymond (1902), goitre exophtalmique et pleurésie

(1) Cléret, *Étude sur la pathogénie du goitre exophtalmique*. Paris 1911.

sèche du sommet gauche dont l'apparition coïncide. Le syndrome bosedowien diminua quand disparut la pleurésie, et reparut, mais atténué, quelques mois plus tard, quand une nouvelle poussée de pleurésie tuberculeuse évolua à gauche.

Pour Laignel-Lavastine, irritation du sympathique.

Service Launois, 1909.

Malade 43 ans, toux et goitre exophtalmique apparaissent ensemble. Cachexie, mort. Autopsie : tuberculose pulmonaire, pas de lésions tuberculeuses du corps thyroïde, ganglions lymphatiques hypertrophiés au contact du ganglion cervical inférieur droit.

Observation I de Cléret.

Femme, 25 ans, blanchisseuse. Appareil pulmonaire : rien à noter, sauf une petite toux sèche, quinteuse, sans expectorations.

Dix autres observations sans tuberculose.

Puiferrat (1), observations de Sainton sur le signe de Jellineck ; observation de Moutard-Martin et Malloizel. lue à la Société médicale des hôpitaux, le 11 décembre 1903, sur un cas de maladie de Basedow, avec syndrome addisonnien. Observation de Boinet (*Archives générales de médecine*, 1904), syndrome addisonnien dans la maladie de Basedow. Autopsie : capsule surrénale droite scléreuse, dure et adhérente au foie.

Dans aucune de ces observations il n'est parlé de tuberculose chez les malades. L'auteur, à la fin de son travail, écrit :

« Enfin, récemment, on a beaucoup insisté sur le rôle de la tuberculose, dans l'étiologie du syndrome de Basedow.

---

(1) Puiferrat, *Syndrome de Basedow. Signe de Jellineck.* Paris, 1910.

On sait combien est grande l'action de la tuberculose sur les glandes surrénales, et l'on peut se demander si certains cas de goitre exophtalmique, accompagnés de pigmentation, ne seraient pas la traduction d'une action simultanée d'un facteur étiologique unique, la tuberculose, sur le corps thyroïde et sur les glandes surrénales. Cependant, les malades que nous avons observés ne nous permettent pas de vérifier cette hypothèse, plausible dans certains cas. »

Pinon (1). Hufnagel conclut que, chez les enfants, l'association des affections tuberculeuses et du goitre exophtalmique est fréquente.

M. Cozette a trouvé tuberculeuses à l'autopsie trois vaches qui, pendant leur vie, avaient présenté un syndrome basedowien.

Observations citées :

De Lavènes, Paris 1891, observation III :

Ganglions trachéo-bronchiques volumineux.

De Rescoussié, Paris 1892, observation XVIII :

Femme, 27 ans, toux quinteuse depuis deux ans, depuis un an le lobe droit du corps thyroïde a grossi et acquis le volume d'un œuf, quelques accès d'oppression et de palpitations.

Murmure vésiculaire affaibli, expiration prolongée, 100 pulsations. Quelques ganglions augmentés de volume dans la fosse sus-claviculaire droite. Matité dans l'espace interscapulo vertébral.

Renaud, Paris 1893, observation XXII :

Autopsie, adénopathie trachéo-bronchique, l'état des poumons n'est pas spécifié.

---

(1) *Goitre exophtalmique : Rapports avec l'adénopathie bronchique.* Paris, 1912.

Autre observation : même remarque.

Autre observation : adénopathie trachéo-bronchique, ganglions caséifiés, bacilles tuberculeux, congestion pulmonaire sans tuberculose.

Autre observation : femme, 25 ans ; adénopathie trachéo-bronchique, pericardite tuberculeuse adhérences pleuro-péricardo-médiastinales.

Mignon, Paris 1891 :

M. D..., 38 ans; à 35 ans, beaucoup de chagrin, pertes d'argent. A ce moment apparaissent des palpitations parfois douloureuses, des bourdonnements dans l'oreille gauche, de l'exophtalmie, un peu de tremblement généralisé, de l'insomnie, de la diarrhée. Changement de caractère. Un œdème bleu du visage avec adénopathie trachéo-bronchique. Pas de goitre, pas de dyspnée. Cet état dure un an. A ce moment, légère bronchite, puis sans cause apparente l'exophtalmie s'accentue.

(Peu modifié par le traitement). L'hiver suivant, bronchite nouvelle, toux, crachats, insomnie, sueurs nocturnes. On constate des lésions tuberculeuses des deux sommets manifestes. Quinze ans après, le goitre exophtalmique est toujours manifeste et par la percussion on trouve encore de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Merklen : Homme, 38 ans; asystolie et goitre, auscultation : souffle tubaire et broncho-égophonie dans la force sous-épineuse droite.

Autopsie : masse de ganglions trachéo-bronchiques traversée par le pneumogastrique droit.

Jouanneau 1889 : Femme, 25 ans ; toux rauque, voilée, masse de ganglions enserrant le poumon droit.

Par l'auteur : Femme, 35 ans ; goitre exophtalmique

chez une tuberculeuse. La tuberculose rétrocède, mais le goitre et l'adénopathie. persistent.

Femme, 18 ans ; poumon gauche infiltré, craquements, adénopathie trachéo-bronchique.

Mme M..., 38 ans; goitre et tuberculose, adénopathie perceptible à la percussion et à la radioscopie, poumon gauche infiltré.

C... (Jeanne), 18 ans ; adénopathie droite décélable seulement à la radioscopie. L'auteur ajoute : « Nous devons signaler une rétraction aponévrotique des deux petits doigts, mais surtout à droite. Cette particularité a été curieusement observée chez plusieurs de nos malades ».

S... (Marie) (observation XVII), 24 ans ; il y a six mois, grippe ; à la suite, perte de l'appétit, fatigue, amaigrissement, anémie ; depuis six semaines le cou a grossi, signes de Basedow. A l'auscultation du poumon, il y a abolition du murmure vésiculaire, l'expiration au sommet droit est prolongée et on entend quelques râles humides. Les doigts sont hippocratiques. Les lésions tuberculeuses ne font qu'augmenter, la malade quitte l'hôpital sur sa demande.

R... (Marie-Louise) (observation XVIII), 37 ans; mari mort de tuberculose laryngée. Toux fréquente à partir de 25 ans, goitre, adénopathie trachéo-bronchique à l'époque où on l'examine.

B..., 28 ans ; hémoptysie à 25 ans ; 26 ans, goitre. A la radio, sommet droit suspect, adénopathie trachéo-bronchique.

A... (Angèle), 23 ans ; premier enfant mort de méningite à un an. A la suite d'une hysterectomie abdominale totale, goitre. A la radio, on trouve adénopathie trachéo-bronchique et infiltration au tiers supérieur du poumon droit.

L'OPINION DE PONCET

Comme on peut le voir, la proportion est grande des sujets chez lesquels on trouve la tuberculose, soit qu'elle ait précédé l'apparition du goitre, soit qu'elle soit au contraire une conséquence de celui-ci. Pourtant aucun de ces auteurs ne semble croire que le goitre exophtalmique peut être dû à l'action de la tuberculose sur le corps thyroïde. Seul Puiferrat émet l'hypothèse que le syndrome de Basedow et le signe de Jellineck peuvent avoir la même origine : la tuberculose, agissant sur les capsules surrénales et sur le thyroïde.

Pourtant Poncet et Leriche, dans une communication à l'Académie de Médecine, le 28 décembre 1909, avaient déjà exposé une partie de leurs idées sur ce sujet.

Voici, d'après les journaux médicaux, le résumé de leur communication :

Autant la tuberculose classique est rare dans le thyroïde, autant la tuberculose inflammatoire y est fréquente.

Soit sous la forme scléreuse, entraînant une atrophie plus ou moins marquée de la glande, soit sous la forme parenchymateuse, hypertrophique, avec, alors, la formation de goitre, elle provoque la production d'accidents locaux, de troubles généraux, qu'il importe de rattacher à leur véritable cause : le virus tuberculeux.

A ce propos MM. Poncet et Leriche sont amenés, par une série de considérations intéressantes, sur la pathogénie du goitre exophtalmique, à admettre que celui-ci est souvent d'origine tuberculeuse.

A l'appui de cette opinion et à propos des goitres exophtalmiques, ils rapportent plusieurs observations démonstratives.

En terminant, ils concluent que la tuberculose inflammatoire est à l'origine d'un grand nombre d'états thyroïdiens. Par irritation ou par sclérose, elle peut créer toutes les

dysthyroïdisations connues, par défaut ou par excès, et, dans nombre de cas, celles-ci doivent être tenues pour d'anormales manifestations d'une intoxication tuberculeuse à dépister.

Enfin, dans leur livre sur la **tuberculose inflammatoire**, ces auteurs exposèrent toute leur opinion sur ce sujet.

1) Depuis les travaux de Roger et Garnier, on connaît la constance de la cirrhose thyroïdienne des phtisiques.

A l'inverse de la sclérose on peut voir et on voit chez les tuberculeux, au début, une hypertrophie thyroïdienne passagère, indice probablement d'une atteinte parenchymateuse primitive. C'est, si l'on veut, une sorte de thyroïdite congestive que le traitement fait rétrocéder.

2) Après la sclérose, la lésion thyroïdienne la plus banale chez les tuberculeux, c'est le goitre, l'adénome, avec toutes ses modalités évolutives.

Poncet a souvent constaté la coexistence du goitre et de la tuberculose manifeste ou fruste. Dans le même ordre d'idées, A. Pié et M. Pierry ont noté, en examinant par séries des jeunes filles candidates à des emplois administratifs la fréquence du syndrome suivant : petit goitre, scoliose légère intermittente, etc., tuberculose au sommet.

3) En d'autres circonstances, sans que l'on puisse saisir le pourquoi de ce mode d'action différent, la tuberculose crée des lésions diffuses dont l'allure subaiguë prend le masque de la thyroïdite non suppurative. La réaction thyroïdienne peut dépasser les limites de la simple congestion et donner lieu au tableau clinique de la thyroïdite ligneuse cancériforme.

4) Au rebours de ce dernier fait doivent prendre place les goitres exophtalmiques. Nous parlons ici aussi bien des

goitres exophtalmiques vrais que des goitres basedowifiés. Les uns et les autres résultent d'une dysthyroïdie ; mais elle relève, ici, d'une irritation mécanique par un noyau adénomateux qui fait corps étranger ; là d'une inflammation parenchymateuse diffuse, d'une thyroïdite chronique.

Or, ces deux formes, que relient cliniquement bien des modalités transitionnelles, la tuberculose peut les produire toutes deux.

Page 299. (Suivent quelques résumés d'observations de goitres exophtalmiques survenus chez des tuberculeux.)

FAITS CLINIQUES

Cette opinion de Poncet au début fut accueillie avec scepticisme, au point que dans tous les traités classiques et les publications, même les plus récentes, sur le goitre exophtalmique, les auteurs ne font que citer la tuberculose comme cause étiologique possible.

Mais, l'attention attirée sur ce problème, un certain nombre d'auteurs constatèrent combien était fondée l'hypothèse de Poncet. Récemment, M. le Dr Sabourin, directeur du sanatorium de Durtol, a publié, dans le numéro de janvier 1914 des *Archives de médecine*, un article qui la confirme. Il est intitulé : « Le petit basedowisme chez les tuberculeux ».

Cet auteur montre que de nombreux tuberculeux ont de gros yeux, brillants, humides sans larmoiement. Malgré le facies dont ils sont la cause, rarement le malade se plaint d'avoir les yeux saillants. D'ordinaire les malades n'en ont pas conscience.

Ces malades ont fréquemment un cou élargi à la base. Ce fait est manifeste au premier abord ou bien il demande à être recherché en faisant varier la position du cou, en l'examinant à jour frisant. Enfin le palper confirme encore ces renseignements : le thyroïde est le plus souvent augmenté de volume en totalité ou plus souvent en partie, un lobe a un volume plus marqué que l'autre. Le palper permet encore de se rendre compte de troubles de la circulation, plus manifestes dans cette partie du corps : les carotides battent avec force et cela sans que le sujet soit sous l'effet d'une émotion.

Le cœur est le plus souvent tachycardique. Ces troubles

sont complétés par toute une série de modifications circulatoires. Il y a un état congestif généralisé de la peau et des muqueuses de l'acrocyanose des extrémités, de l'érythrodermie. Ces derniers troubles ne sont pas eulement dus à une mauvaise circulation, mais aussi à l'état du système nerveux. Car ces malades sont tous des nerveux. Ils sont émotifs, agités, instables, souvent angoissés. Et cet état nerveux d'instabilité peut être tel qu'ils sont incapables de garder le repos que l'on juge nécessaire au rétablissement de leur santé.

En dehors de ces manifestations, purement nerveuses, peuvent se manifester des crises de diarrhée brusques dans leur apparition et leur évolution. Elles sont séreuses, résistent à toute thérapeutique, à tout régime alimentaire et disparaissent de la même façon, brusquement. Sabourin signale encore des congestions hépatiques intenses avec cholurie et subictère.

Ou bien chez certains malades surviennent des tendances hémorragiques, épistaxis, hémorrhoïdes, hémoptysies, ces dernières sont souvent accompagnées d'un choc cardiaque,. les malades disent un « coup au cœur ».

Comme on peut le voir, ces malades présentent donc tous les signes manifestes, quoique ébauchés, de la maladie de Basedow : exophtalmie, goitre, tachycardie, troubles nerveux, troubles circulatoires, troubles digestifs.

Les faits que nous allons rapporter montreront que la tuberculose peut déterminer l'éclosion, non plus d'un état fruste, mais d'une maladie de Basedow manifeste.

OBSERVATIONS INÉDITES

Nous les diviserons en deux groupes. Dans le premier seront celles de femmes qui ayant eu un goitre, étant déjà bacillaires, il semble bien que la tuberculose ait eu une action certaine sur l'évolution de la maladie.

Dans le second groupe nous mettrons les observations de basedowiennes devenues secondairement tuberculeuses.

PREMIER GROUPE

Observation I.

Observation qui nous a été communiquée par M. le Dr Claude.

M. Fl..., 73 ans.

Dans les antécédents du malade, on ne trouve aucune maladie importante, à part une entérite toxi-infectieuse il y a dix ans.

Le malade fut toujours un grand nerveux.

M. le Dr Claude le vit le 17 octobre 1911. Il se plaignait d'avoir eu la grippe (?) de février au début d'avril 1911. Pendant toute cette période il avait maigri de 20 kilogrammes tout en mangeant très bien. En juillet, il remarqua que son cou avait augmenté de volume.

A l'examen, on trouve un goitre manifeste, le lobe droit étant plus développé que le gauche ; les carotides battent avec force ; il n'y a pas d'adénopathie.

Il n'y a pas d'exophtalmie.

L'asthénie est manifeste, le malade est irritable, il a des sensations de chaleur. Il y a du tremblement rapide.

Le pouls est à 128, la pression artérielle de 25.

Il n'y a pas de diarrhée.

Le malade a été traité pour asystolie. En réalité il n'y a pas de lésion cardiaque.

On traite le malade par l'hématothyroïdine et les rayons X.

3 *novembre.* — Il a maigri encore de 2 kilogrammes, mais les sensations de chaleur ont diminué.

L'asthénie persiste, de même que le tremblement ; le pouls est à 116, la pression à 20.

17 *novembre.* — Le cou est moins gros.

Le pouls est à 100, la pression à 19.

La mensuration du lobe droit du corps thyroïde donne 6 centimètres de largeur.

Le malade est émotif, il accuse des douleurs dans l'épaule gauche.

4 *décembre.* — Arthropathie nette de l'épaule gauche. Impossibilité de faire des mouvements du bras.

Le goitre persiste, le pouls est à 92, la pression artérielle à 19.

Mais le malade a engraissé de 3 kilogrammes.

23 *décembre.* — Forte crise de diarrhée, ayant amené un nouvel amaigrissement de 5 kilogrammes.

Le tremblement a à peu près disparu.

22 *janvier.* — Nouvel amaigrissement de 3 kilogrammes.

Le tremblement reparaît.

Il y a des douleurs vives dans l'épaule gauche.

Le lobe droit du corps thyroïde toujours volumineux mesure 5 cm. 5 de long.

3 *février.* — L'arthrite est encore plus accusée, les mouvements de l'omoplate sont solidaires de ceux du bras. Il y a eu augmentation de volume de la tête humérale. On trouve des ganglions axillaires et épitrochliens.

19 *juin.* — Après guérison des troubles intestinaux, l'amélioration reparaît. L'augmentation de poids est mani-

feste, le malade pèse 60 kilogrammes au lieu de 56 kilogrammes. Le goitre ne mesure plus que 5 centimètres. Les battements cervicaux sont moins forts, le pouls est à 108, la pression est de 19 10, il y a un léger tremblement. L'épaule gauche est moins douloureuse, mais l'ankylose scapulo-humérale est complète. Il n'y a pas de diarrhée, pas de sensation de chaleur.

Par la suite, l'état est resté à peu près stationnaire, mais les battements de cœur n'incommodent plus le malade. Au point de vue pulmonaire, il n'a rien été noté, mais il est probable que l'infection bacillaire, qui s'est traduite par l'arthrite et le goitre, avait trouvé sa porte d'entrée dans cette affection pulmonaire qualifiée de grippe en mars-avril 1911.

Observation II.

Mme Pr..., 25 ans. Il s'agit d'une malade qui, venue à la consultation du Dr Claude, à l'hôpital Saint-Antoine, le 7 février 1912, se plaint de tremblement, de palpitations et de sueurs profuses sur tout le corps.

Elle se présente à l'examen avec un facies particulier, des traits amaigris et tirés, des yeux brillants, un peu hagards, limités inférieurement par des paupières considérablement bouffies.

Elle raconte que c'est depuis trois ans qu'elle présente cette bouffissure des paupières inférieures, qu'elle a remarquée elle-même ; mais elle n'a jamais constaté, non plus que son entourage, que ses yeux sont devenus plus saillants hors de leurs orbites.

Son cou paraît normal, mesurant 32 cm. 1/4 de circonférence. Le thyroïde n'est pas hypertrophié, on n'entend pas de souffle à son niveau.

Antécédents héréditaires. — Chez ses parents on trouve beaucoup d'antécédents tuberculeux et une maladie analogue à la sienne.

Tante, du côté de son père, atteinte de goitre exophtalmique.

Mère morte asthmatique.

Père mort d'accident.

Deux sœurs mortes poitrinaires.

Un frère mort de méningite.

Son mari a eu, il y a trois mois, de fortes hémophysies.

Antécédents personnels. — La malade n'a jamais eu de maladies importantes. Elle se déclare forte et énergique, solide de la poitrine, malgré sa maigreur.

Réglée à 15 ans, ses règles ont été des plus irrégulières au début, un peu plus régulières dans la suite. Elles ont toujours été très peu abondantes, durant un jour et demi, en général, jamais davantage.

Elle a eu deux grossesses. Au cours de la première, le fœtus mourut à sept mois.

Son deuxième accouchement a eu lieu il y a un mois, et c'est de ce moment que datent son tremblement et ses sueurs.

Cette dernière grossesse a été normale. La malade a eu des vomissements seulement les quatre premiers mois. Elle n'a pas eu d'albumine dans ses urines et elle n'a pas eu de crises nerveuses. Le travail dura quatre heures, mais il lui provoqua un état de nervosité qu'elle n'avait jamais eu auparavant et qu'elle a gardé depuis lors. Il fallait la tenir à plusieurs pendant toute la durée du travail.

Elle avait engraissé avant sa grossesse. L'amaigrissement a suivi immédiatement son accouchement.

Elle n'a pas eu encore son retour de couches.

Examen de la malade. — Malgré l'aspect spécial des yeux de la malade on ne peut dire, à proprement parler, qu'elle a de l'exophtalmie.

Ce qui est plus caractéristique c'est la bouffissure marquée de ses deux paupières inférieures qui s'est installée progressivement en trois ans.

Examen oculaire. — Présente le signe de Stellwag (ne peut abaisser complètement la paupière supérieure), convergence normale, pas de Mœbius, présente le signe de de Graefe (abaisse la paupière par à-coups quand elle regarde en bas).

La paupière supérieure n'est pas pigmentée.

Les pupilles sont normales. Leurs réactions à la lumière et à l'accommodation sont un peu paresseuses.

Vue normale, mais sensation autrefois de mouches devant les yeux avec brouillard.

Système nerveux. — Tremblement. Il date d'un mois. Il est généralisé, mais plus marqué aux mains. Tremblement fin et menu, à petite amplitude augmentant sous l'effet des émotions. Il ne cesse pas pendant les mouvements.

Il y a trois ans, elle a pressenti un début de tremblement après une hémoptysie que présenta son mari. Elle devint très impressionnable, tremblante : puis cet état disparut plusieurs jours après. Aussi peut-on dire que le tremblement n'est constant que depuis son accouchement.

Force musculaire normale partout, pour tous les mouvements, tant au membre supérieur qu'au membre inférieur.

Réflexes rotuliens marqués des deux côtés;
achilléens normaux ;
radiaux forts et marqués ;
tricipitaux ;
plantaires.

Sensibilité : pas de douleurs organiques, parfois des céphalées, mais non habituelles ; pas d'insomnie, au contraire la malade se plaindrait plutôt de dormir trop et d'être plutôt somnolente.

Sensibilité objective : aucun trouble à signaler, vue normale.

Appareil circulatoire. — Palpitations fréquentes, surtout lors des émotions.

Pouls tachycardique, 160 à la minute.

Rien d'anormal au cœur.

Tension artérielle, 21-11.

Battements au niveau du cou.

Appareil respiratoire. — Ni toux, ni expectoration.

Palpation : diminution par rapport au côté gauche de la consistance de la fosse sus-épineuse droite.

Auscultation : diminution de la respiration aux sommets.

Pas de bruits anormaux.

Troubles vaso-moteurs. — Sueurs abondantes sur tout le corps.

État de moiteur caractéristique de la peau.

Appareil génito-urinaire. — Pas encore de retour de couches. La malade aurait eu un peu d'albumine il y a quelque temps.

Elle nourrissait son enfant jusqu'à la date de ce jour. Elle raconte qu'il présentait, peu de jours après sa naissance, des convulsions qui se sont répétées à de courts intervalles. Elles étaient à prédominance faciale. L'enfant faisait de nombreux mouvements des paupières et portait, en haut et en dehors, ses yeux révulsés. Ces accès duraient plusieurs minutes. On conseille à la mère de supprimer l'allaitement au sein et de le remplacer par le biberon.

10 *février* 1912. — La malade pèse 59 kilogrammes. Pas d'albumine dans les urines, glycose manifeste.

L'enfant, maintenant au biberon, a des selles plus rares, un peu dures et verdâtres. Il a présenté encore quelques convulsions avec contractures des yeux comme précédemment.

12 *février.* — La malade vient pour sa piqûre d'hypophyse (2 cc.).

Son enfant ne présente plus de convulsions depuis la veille.

Les sueurs sont moins abondantes que le premier jour.

Le tremblement n'a pas varié. Tension au Pachon : 19-10.

Urines : pas d'*albumine*, un peu de *glycose*.

13 *février.* — Nouvelle piqûre de 2 cc. d'hypophyse, pouls à 120, tension 19 1/2-9.

L'enfant n'a pas eu de convulsions. Il est toujours un peu constipé et il a un peu d'erythème fessier.

15 *février.* — La malade raconte que, dans l'après-midi d'hier, elle a éprouvé des sensations bizarres de tremblement au niveau des yeux. La vue était comme obscurcie par un brouillard avec vision des objets en jaune et en vert. Ce phénomène lui a donné une sorte de vertige qui l'a fait tituber comme une femme ivre.

La malade signale qu'elle se trouve moins nerveuse et qu'elle se porte mieux depuis qu'elle n'allaite plus son enfant. Hier elle avait un appétit intense qu'elle n'a jamais eu jusqu'alors.

L'enfant n'a pas de convulsions.

Pouls à 120. Tension 18.8.

Piqûre de 2 cc. d'hypophyse.

Pour la première fois la malade a des urines qui ne contiennent pas de sucre.

17 *février.* — État général assez satisfaisant, la malade ne présente plus les troubles de l'autre jour. Le tremblement diminue, l'oppression est moins considérable, les sueurs n'ont pas diminué, la malade est toujours en transpiration quand elle arrive à l'hôpital.

L'enfant n'a plus de convulsions, mais la mère dit qu'il a toujours de la constipation et des selles verdâtres.

Pouls à 124, tension à 19-10.

Quelques instants après la piqûre de 2 cc. d'hypophyse, la malade a eu des sensations oculaires subjectives. Il lui a semblé que ses yeux étaient plus grands ouverts que d'habitude. En même temps elle avait un larmoiement considérable.

19 *février.* — La malade a accusé un peu de céphalée dans la journée du 17, puis quelques tiraillements dans les yeux. Piqûre de 2 cc. d'hypophyse.

On fait à la malade une instillation de tuberculine sur la conjonctive de l'œil droit.

20 *février.* — La malade vient pour qu'on procède à l'examen de son œil. Il n'y a aucune rougeur de la conjonctive et la vue n'a pas été troublée.

21 *février.* — Bon état général. D'après l'entourage, l'expression de physionomie s'est amélioré depuis quelques jours. La malade a engraissé.

Pouls à 120, tension 18-9.

Piqûre de 2 cc. d'hypophyse.

23 *février.* — Rien de nouveau à signaler. La malade ne se plaint plus de tremblement. Objectivement en effet, il est inappréciable. Elle ne se plaint plus des sueurs ; quant à ses yeux, elle n'y trouve aucun changement.

Pouls à 105, tension 18-9.

Injection de 2 cc. d'hypophyse.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est négative.

26 *février.* — Injection de 2 cc. d'hypophyse. On cesse les piqûres après celle-ci ; la malade avait chaque jour une pâleur très prononcée après cette injection.

4 *mars.* — Poids 60 kilogrammes, a augmenté d'un kilogramme. 4 pilules de thyrénine par jour.

9 *mars.* — L'état général se maintient bon, pas de palpi-

tations, plus de sueurs, plus de tremblement. Pouls à 112, régulier.

12 *mars*. — Pouls 116, tension 17-8.

Légère inoclusion des paupières.

Signe de Mœbins.

Pas de défaut de convergence.

Légère tuméfaction du lobe droit.

Il n'y a plus de sueurs.

Augmentation de poids.

Pas de retour des règles. L'accouchement date du 4 janvier.

Elle commence à prendre les pilules d'ocréine Grémy.

Poids 60 kilogrammes.

19 *mars*. — Retour des règles, la malade a commencé à perdre le 17 mars, pertes rouges, liquides, abondantes, qui ont duré jusqu'au 19.

Tousse peu. La malade se plaint d'une douleur pongitive continue, exaspérée par la toux et les fortes inspirations, siégeant au niveau du sein droit.

Examen du poumon. La respiration est obscure au sommet droit en arrière.

Depuis le 17, mauvais état digestif.

Perte de l'appétit.

Diarrhée.

Vomissement dans la nuit du 18 au 19.

Elle cesse l'ocréine.

16 *avril*. — Etat général très bon. Augmentation d'un kilogramme (61 kilogs). Pas d'augmentation de volume du corps thyroïde.

Légère exophtalmie.

Toujours un peu impressionnable avec léger tremblement.

Les règles ne sont pas revenues.

Observation III.

Marie T..., femme B..., 38 ans, ménagère, entre le 10 *mai* 1910 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Dr Claude, salle Corvisart, lit nº 1.

A. H. Père mort de delirium tremens, à 31 ans, sa femme étant enceinte de la malade.

Mère bien portante quand elle l'a vue pour la dernière fois, il y a longtemps.

A. C. Un frère mort à 5 ans de méningite tuberculeuse quand la malade avait 11 ans.

A. P. Convulsions jusqu'à l'âge de 7 ans. Rougeole.

De 13 à 20 ans, crises de léthargie durant 5 ou 7 heures. Réglée à 20 ans très irrégulièrement.

Ayant eu de grandes peines à 19 ans (se fâche avec sa mère), elle eut de très fortes hallucinations. Elle entra à la Salpêtrière dans le service du professeur Charcot et y resta 10 ans, du 25 avril 1890 au 24 février 1900.

La malade ne se rappelle pas les phénomènes particuliers qu'elle a présentés à la Salpêtrière.

Elle eut de grandes crises névropathiques, et quelques autres crises à caractère nettement comitial, céphalies très violentes, anesthésie généralisée.

Sort de la Salpêtrière à 29 ans, sur sa demande. Apprend la sténo-dactylographie, et gagne sa vie. Au bout de deux ans, à 31 ans, elle se marie. Son mari est un tousseur habituel. C'est un buveur d'essences et d'alcool.

Ajoutons que, depuis sa sortie de la Salpêtrière jusqu'à il y a un an, la malade a eu presque tous les jours des crises névropathiques.

Elle a eu quatre grossesses :

1) Garçon âgé de 7 ans, très nerveux, très irascible et très violent. Il tousse fréquemment, il est resté 15 mois à Berk.

2) Fausse couche de 3 mois provoquée.

3) Fausse couche de 5 mois 1/2 provoquée.

4) Fille vivante, 5 ans, bien portante, qui a eu la scarlatine et à la suite une otite.

Elle fut opérée d'une hernie ombilicale à 35 ans, au mois de mai 1906.

A la suite, elle eut un chaud et froid, elle rentre à la Salpêtrière; elle y fut soignée pour une pleurésie et une congestion pulmonaire.

En août 1906, elle eut une scarlatine. Depuis, jusqu'en 1909, elle s'est bien portée, à part quelques douleurs rhumatoïdes.

Enfin, elle n'a pas eu de crises nerveuses depuis janvier 1910.

Il y a 8 mois, son mari la quitta en emportant son argent.

A aucun moment la malade n'a présenté de phénomènes fébriles ni de signes de rhumatisme.

A partir de ce moment, tous les symptômes s'installent progressivement.

Tachycardie, le pouls bat à 120 ;

Battements de cœur presque sans cause, après la douche, en montant un escalier, pour une émotion minime. En même temps, battements dans le cou, à l'épigastre, dans l'œil gauche.

Double exophtalmie plus accentuée à gauche. L'œil gauche regarde normalement en dehors. Il ne peut se porter complètement en dedans. L'œil droit, lui aussi, ne peut se porter complètement en dedans (trouble moins accentué qu'à gauche).

Lorsque la malade regarde en bas, les paupières supérieures s'abaissent à peine, et la fente palpébrale reste largement ouverte des deux côtés.

Hypertrophie du corps thyroïde, surtout du lobe droit, souffle thyroïdien.

Mensuration : 35 cm. 1/2 de tour à la base du cou, trem-

blement du membre supérieur rapide, à oscillations de faible amplitude. S'accentue à l'occasion des mouvements.

Sensibilité normale.

Exagération de la sécrétion sudorale : sueurs continuelles, surtout nocturnes, avec sensation d'étouffement. Bouffées de chaleur.

Un peu d'œdème de la jambe droite (mais en rapport avec des varices).

Extrêmement impressionnable, pleure pour un rien, crises de rire sans motif.

Assez irritable, sensations de découragement, crises de dyspnée ;

Céphalées très violentes datant de longtemps ;

Pas d'appétit, diarrhée ;

Polyurie sans albumine, ni sucre ;

Quelques douleurs rhumatoïdes du membre supérieur droit.

Histoire de la maladie. — C'est surtout depuis 7 à 8 mois que la malade a commencé à s'apercevoir de symptômes nouveaux dans son état :

1) *Palpitations* survenant par crises, le plus souvent à l'occasion d'une émotion, ou bien la nuit, après un brusque réveil. Les palpitations s'accompagnaient de sensations d'angoisse, dyspnée et crise sudorale. Ces crises, d'abord peu nombreuses, se rapprochèrent les unes des autres jusqu'à devenir subintrantes, si bien que la malade se trouve actuellement en état perpétuel d'agitation et d'angoisse.

2) En même temps, elle a remarqué que son cou commençait à grossir, devenait particulièrement turgescent au moment des crises de palpitations.

3) Les yeux devenaient plus brillants, puis *s'exorbitaient*, en même temps que les palpitations et l'augmentation de volume du cou se manifestaient.

4) Un quatrième phénomène à noter est l'exagération d'un *tremblement* qui apparaissait autrefois seulement au moment de ses grandes crises.

Etat actuel. — A l'heure actuelle la malade présente donc un goitre, de l'exophtalmie, de la tachycardie et des troubles nerveux variés d'ordre moteur, vaso-moteur, psychique, etc.

I. *Goître.* — La région sous-hyoïdienne présente une saillie notable, régulière, symétrique, augmentant le diamètre de la base du cou (35 cm. 1/2). Il n'y a pas de circulation veineuse collatérale au niveau de la tumeur.

Celle-ci présente une consistance molle, s'étend symétriquement de chaque côté de la trachée, soulevant les deux sterno-mastoïdiens. Elle est mobile avec les mouvements de déglutition.

A son niveau se perçoivent des battements synchrones à la systole cardiaque. L'auscultation confirme ce dernier détail. Il s'agit donc d'un goitre parenchymateux diffus.

II. *Exophtalmie.* — A l'état de repos la malade présente une saillie des deux globes oculaires, le gauche étant plus saillant que le droit, et présente un strabisme supéro-externe des plus marqués.

Les conjonctives sont brillantes, légèrement hypérémiées, les fentes palpébrales largement ouvertes.

A l'état dynamique, les muscles palpébraux se contractent rarement. (S. de Stellwag.) Lorsqu'on commande à la malade de baisser les yeux, les globes s'abaissent plus vite que la paupière, il y a donc asynergie. (S. de de Graefe.)

D'autre part, les muscles moteurs du globe sont atteints de parésie : les droits internes se contractent incomplètement et plus particulièrement celui du côté gauche. Il y a donc difficulté de la convergence. (S. de Mœbius.)

D'une façon générale, les mouvements de latéralité des

globes se font incomplètement, les mouvements d'ascension et d'élévation sont mieux conservés. Dans ces mouvements il n'y a pas de nystagmus.

La musculature intrinsèque paraît intacte : cependant les pupilles réagissent faiblement à la lumière et à l'accommodation.

Il n'y a pas de déficit marqué de l'acuité visuelle, et l'examen du fond de l'œil ne révèle rien d'anormal.

Malgré le strabisme externe de l'œil gauche, la malade n'a jamais eu de diplopie.

III. *Troubles cardio-vasculaires.* — Cœur. Rythme régulier. Les bruits du cœur sont fortement frappés, la pointe bat violemment dans le cinquième espace, pas d'hypertrophie.

Bruits anormaux. On entend, à un travers de doigt en dedans de la pointe, un souffle léger, superficiel, sans propagation et couvrant seulement le début de la systole. Ce souffle parapexien disparaît quand la malade suspend sa respiration. On entend de même un souffle inconstant mésosystolique à la base. Il n'y a pas de lésions orificielles.

Système artériel. Les grosses artères de la base du cou sont animées de battements systoliques, mais on n'y perçoit pas de frémissements. A l'auscultation des régions carotidiennes, on perçoit un souffle systolique à timbre musical. (S. de Guthman.)

Pouls fortement frappé, bat à 120 à la minute.

IV. *Troubles nerveux.* — *a*) Moteurs. Ce qui frappe le plus, c'est un *tremblement*, surtout accentué au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Il est inconstant au niveau de la langue et des lèvres. Ce tremblement, indépendant de la volonté, est continu, régulier dans son rythme, très menu dans son amplitude, et très fréquent, plus de 10 à 12 mouvements oscillatoires par seconde. La main étendue dans la position du serment, ce tremblement est accusé au niveau

des doigts, mais perceptible à la main, l'avant-bras et même le bras. Par moments il se généralise, donnant un aspect trémulant à la marche. Néanmoins, il n'y a pas de tremblement de la parole. L'écriture n'est pas particulièrement tremblée.

En dehors de ce tremblement, la malade a une agitation perpétuelle des membres et de la tête, mais ces mouvements, susceptibles d'être suspendus sous l'influence de la volonté, n'affectent aucun type régulier. Il n'y a pas de mouvements choréiformes ou athétosiformes. La malade ne présente jamais de convulsions localisées.

b) Force musculaire. Bien conservée dans tous les groupes examinés. On ne note aucun trouble parétique. Il n'y a pas de signe de Joffroy, pas de parésie du muscle frontal.

c) Réflexes tendineux et musculaires sont vifs au niveau des membres.

Les réflexes cutanés sont normaux.

d) Troubles sensitifs. Le malade accuse des sensations douloureuses névralgiformes dans le domaine du maxillaire supérieur, spécialement du côté gauche, d'autre part des douleurs vagues fugitives dans les épaules, les jambes. Mais il n'y a aucun signe de localisation et les points de Valleix ne sont pas particulièrement douloureux.

La sensibilité superficielle est normale de même que la sensibilité profonde.

e) Troubles vaso-moteurs et secrétoires. La malade se plaint de bouffées de chaleur qui l'obligent à se dévêtir et s'accompagnent de poussées sudorales extrêmement abondantes. La face et les extrémités sont d'ailleurs le siège d'une vive rougeur.

f) Troubles trophiques. Rien de spécial à signaler.

g) Troubles psychiques. La malade se plaint d'insomnies, de cauchemars fréquents avec hallucinations pénibles, elle présente des alternatives d'excitation et de dépression psychique, tantôt joyeuse, tantôt triste, riant aux éclats

et sans pouvoir se modérer, ou pleurant pendant de longues heures sans motif bien caractérisé.

V. *Appareil respiratoire.* — Augmentation du nombre des respirations (S. de Bryson).

VI. *Appareil digestif.* — Appétit irrégulier. La malade manifeste un goût particulier pour les aliments épicés, vinaigrés. Elle grignote des grains de café vert.

Elle a une soif inextinguible, mais pas de boulimie.

De temps à autre, sans cause, elle a des vomissements alimentaires.

Habituellement constipée, elle a parfois des crises de diarrhée séreuse subite, qui évacuent son intestin.

Il n'y a pas de lésion gastro-intestinale.

VII. *Appareil genito-urinaire.* — Les urines sont très abondantes, la malade émettant 3 à 4 litres dans sa journée d'une urine jaune ambré. Elle ne contient ni albumine ni sucre.

La malade mal réglée a des douleurs au moment de ses règles. Il lui arrive fréquemment d'être aménorrhéique pendant plusieurs mois. Au moment de ses règles tous les troubles étudiés s'accentuent. Il en fut de même au moment de ses dernières grossesses pendant lesquelles elle présenta des vomissements incoercibles, une agitation plus violente que de coutume, qui se calmèrent après l'accouchement. Il y a cinq ans elle a pu nourrir son dernier enfant, et à l'heure actuelle elle ne présente pas d'atrophie marquée des glandes mammaires.

VIII. *Examen des autres glandes à sécrétion interne.*

IX. *Appareil locomoteur.* — Le 22 janvier dernier elle tomba de sa hauteur et se fractura la clavicule droite.

Examen du sang pratiqué le 18 mai, a révélé une légère

polyglobulie avec hyperleucocytose. On trouve par millimètre cube :

Globules rouges	6.100.000
Globules blancs	120.000

Equilibre :

Polynucléaires neutrophiles	40
Grands et moyens mononucléaires	42.9
Lymphocytes	4.7
Eosinophiles	2

17 *mai* 1900. — Examen du sang.

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	40
Grands et moyens mononucléaires	42.7
Lymphocytes	12.9
Eosinophiles	4

18 *mai* 1910. — Examen du sang.

Numération de Malassez :

Globules rouges	6.100.000
Globules blancs	120.000

Equilibre :

Polynucléaires neutrophiles	42
Grands et moyens mononucléaires	47
Lymphocytes	8
Eosinophiles	2

22 *mai* 1910. — La malade se sent beaucoup mieux, pouls 120.

Examen des urines :

Couleur jaune pâle.

Réaction légèrement acide.

Quantité 3 litres.

Densité : 1013.

Chlorures.....	3 gr. 807	par litre
Phosphates.....	0 gr. 560	—
Urée	17 gr. 934	—
Acide urique	0 gr. 30	—
Azote total	3 gr. 11	—

Ni sucre, ni albumine.

Traitement : électrisation. Injection de sérum de cheval.

25 *mai* 1910. — Cinquième injection de sérum de cheval.

Etat général plus satisfaisant.

La malade est plus calme, s'agite moins pendant la journée, présente moins d'hilarité exubérante. Elle dort plus tranquillement.

Le goitre est aussi développé. Circonférence du cou 35 centimètres. Les yeux sont certainement moins saillants et moins injectés.

Le pouls est moins rapide (110).

La tension artérielle est toujours élevée (19).

La face est moins congestionnée.

La malade a moins de bouffées de chaleur.

Les sueurs sont moins abondantes.

La soif est plus régulière.

Le taux des urines a un peu baissé (2 litres à 2 l. 1/2).

26 *mai* 1910. — Les règles réapparaissent après cinq mois de suppression. Elles sont peu abondantes.

La malade se sent mieux.

27 *mai*. — Au niveau des piqûres il y a des taches rouges de lymphangite réticulée, localisée. Il y a peu de douleurs et l'œdème inflammatoire est très peu accusé.

Pas d'adénopathie.

L'état général seste sensiblement le même.

La tachycardie diminue ainsi que la tension.

Les urines sont toujours abondantes.

L'état psychique est satisfaisant.

28 *mai.* — La malade a passé une nuit un peu agitée, impressionnée par le décès d'une de ses voisines. Elle se plaint le matin d'une violente céphalée, de quelques nausées. D'autre part elle a une température à 38,5. Localement la réaction lymphangitique au niveau des piqûres est atténuée sous l'effet d'un pansement humide.

29 *mai.* — Température 39,3. La malade a encore des placards erythémateux au niveau de ses piqûres.

30 *mai.* — La malade se plaint à nouveau d'une violente céphalée. Elle a eu des nausées, pas de vomissements. Elle se plaint de bouffées de chaleur, de sudation, présente une agitation plus grande que la veille.

On remarque une *éruption* de papules discrètes disséminées sur les avant-bras, les cuisses, légèrement prurigineuses s'effaçant par la pression. En même temps un léger œdème des paupières.

La malade se plaint de douleurs siégeant dans les articulations des membres supérieur et inférieur gauche. Les douleurs sont vives, exagérées par la pression, empêchent tout mouvement.

31 *mai.* — Température 39,2.

La malade est dans un état de grande surexcitation, avec des crises de larmes fréquentes.

Les douleurs articulaires ont envahi toutes les articulations.

La malade se plaint de souffrir dans la gorge, à la déglutition.

1er *juin.* — L'éruption a presque disparu.

Les douleurs articulaires sont généralisées à tous les membres. Les articulations ne sont ni rouges, ni tuméfiées. La douleur n'existe pas en des points localisés. Elle est aussi bien périarticulaire qu'articulaire.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

3 *juin.* — Les arthralgies des membres ont disparu, mais une douleur nouvelle est survenue à l'articulation temporo-maxillaire droite, empêchant la mastication et la déglutition.

5 *juin.* — La douleur à la mâchoire est atténuée. La malade conserve toujours une lourdeur dans le bras gauche ; quand elle se lève ses jambes se dérobent sous elle. Elle ne peut se tenir debout.

On note une desquamation à grands lambeaux de la peau des mains et de la face externe des cuisses.

L'exophtalmie a diminué sensiblement.

Le tremblement a diminué.

Le corps thyroïde est sensiblement le même. Diamètre de la base du cou 35 centimètres.

L'état psychique est le même : crises de larmes, de rires se succédant sans raison.

9 *juin.* — La desquamation continue, l'arthralgie temporo-maxillaire a disparu, mais la malade ne peut ouvrir la bouche, elle n'a pas de trismus, ni de douleurs, mais un écartement forcé réveille les douleurs.

25 *juin* 1910. — 2 cmc. 1/2 de sérum.

28 *juin.* — Les règles réapparaissent.

7 *juillet.* — On remarque après la quatrième injection, une réaction locale, rougeur, placard érythémateux d'un diamètre de 8 centimètres environ avec infiltration sous-cutanée. Aucune réaction générale.

10 *juillet.* — Plus de réaction.

12 *juillet.* — Le lendemain d'une nouvelle injection de 2 cmc. 1/2 de sérum, nouvelle réaction beaucoup plus intense.

13 *juillet.* — La réaction a disparu.

15 *juillet.* — A l'examen de la malade on observe une diminution très grande de l'exophtalmie. Par contre, l'ophtalmoplégie ne rétrocède pas.

16 *juillet.* — A la suite d'une injection nouvelle, réaction locale.

17 *juillet.* — L'érythème crural a presque entièrement disparu.

La malade n'a plus de crises de rire et de larmes. Elle est plus gaie et s'énerve moins facilement.

23 *juillet.* — La malade sort de l'hôpital.

Cou : corps thyroïde, mensuration : 35 centimètres.

La malade éprouve toujours des bouffées de chaleur. Les sueurs abondantes n'ont pas rétrocédé.

Pouls à 120, tension 16 1/2.

Tremblement moins accusé, moins rapide, la malade peut actuellement exécuter des travaux délicats. Son écriture, quoique tremblée, est très distincte.

L'exophtalmie a presque entièrement rétrocédé, contrairement à la paralysie de l'œil droit.

Elle alla bien jusqu'au 1er septembre, où elle fut prise d'un grand frisson qui la força à s'aliter. Elle fut transportée à Saint-Joseph avec le diagnostic de congestion pulmonaire gauche ; on lui fit deux saignées. Elle put sortir de l'hôpital le 20 septembre.

Le 1er mars 1911 elle eut de nouveau un frisson et fut atteinte de congestion pulmonaire pour laquelle elle fut soignée chez elle. Elle guérit à peu près, mais elle alla tous les matins à l'Hôtel-Dieu pour y prendre des bains et des douches.

Au mois d'août, elle fut opérée de strabisme divergent des deux yeux par M. Terrien.

Le samedi 16 septembre 1911, elle fut à nouveau prise

d'un grand frisson et se fit amener à Saint-Antoine, le 20 septembre. A son entrée à l'hôpital on trouva au poumon gauche des râles de congestion disséminés qui existent aux deux temps de la respiration.

La respiration est de 40 par minute, mais par moments, la malade est prise de crises de dyspnée plus ou moins intense qui aboutissent, finalement, à une quinte de toux sans expectoration.

Pouls à 110.

Réflexes, existent tous.

Règles supprimées depuis le 3 février 1911.

21 *mai* 1913. — Tremblement, bouffées de chaleur, exophtalmie, oppression.

Augmentation de volume du corps thyroïde, surtout à droite.

22 *mai.* — Première injection d'extrait d'hypophyse.

24 *mai.* — Pouls 109 ; deuxième injection.

Observation IV.

J. Steinb..., âgée de 24 ans, employée de commerce, vient à la consultation du Dr Claude, à l'hôpital Saint-Antoine, pour un goitre exophtalmique.

A. H. — Père et mère vivants et bien portants.

Un frère bien portant.

Pas d'antécédents bacillaires dans la famille.

A. P. — Aurait eu une rougeole dans l'enfance. Depuis elle n'a fait aucune maladie importante, mais elle est sujette aux angines.

Au mois de septembre 1913, la malade a fait un séjour à la campagne, et depuis cette époque des angines à répétition et un abcès de l'amygdale l'ont empêchée de reprendre

son travail. Au mois de février 1914, elle a subi une amygdalectomie double ; elle alla quelque temps en convalescence à la campagne. C'est à son retour que ses parents s'aperçurent de l'augmentation de volume de son cou.

Au mois de septembre, la malade a ressenti quelques phénomènes d'instabilité et d'excitation nerveuse, des palpitations fréquentes. Actuellement, elle est assez amaigrie, elle n'a pas de sueurs, ni de fièvre.

Son caractère n'a pas beaucoup changé et, depuis un mois, elle serait plus calme. Elle dort très bien et elle a bon appétit.

Elle a été réglée à 12 ans, et elle l'a toujours bien été depuis ce moment.

Examen :

Exophtalmie bilatérale marquée.

Tremblement marqué des mains et des membres inférieurs.

Les réflexes tendineux et la sensibilité sont normaux.

Le goitre est assez développé, pulsatile.

Le cœur n'est pas dilaté, les pulsations sont fortes, il y a un thrill net. A la pointe, le premier bruit est claqué, on entend un roulement diartolique et un souffle présystolique. A la base, il y a dédoublement du deuxième bruit.

Le souffle présystolique se propage en arrière dans l'espace interscapulo vertébral gauche.

L'oreillette gauche donne lieu à une zône de submatité étendue dans l'espace interscapulo vertébral gauche.

Pouls 140.

On met la malade au traitement par l'hypophyse Choay.

18 *avril* 1914. — La malade se trouve très améliorée, son cou est diminué de volume et elle constate qu'elle peut maintenant boutonner facilement son col.

Le tremblement a beaucoup diminué, la malade écrit facilement, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant.

L'exophtalmie a notablement diminuée.

Enfin, les bouffées de chaleur ont disparu.

19 *mai.* — Examen pulmonaire :

Fosses sous-claviculaires gauche et droite.

Submatité ;

Respiration diminuée.

23 *mai.* — Examen pulmonaire :

En arrière, rien.

En avant, à gauche, exagération des vibrations des deux côtés, submatité.

Respiration soufflante.

DEUXIÈME GROUPE

Basedowiennes chez lesquelles une tuberculose pulmonaire s'est développée.

Observation V.

Mme Verh..., âgée de 35 ans, est soignée dans le service depuis un an pour un goitre exophtalmique typique. A la fin du mois de janvier 1913, après un traitement de plusieurs mois, la malade se trouvait bien. Le cou avait diminué, elle avait recommencé à travailler. Les règles, qui étaient toujours peu abondantes, revenaient régulièrement.

Elle n'avait plus mal aux jambes, plus de palpitations ; le tremblement avait diminué et elle pouvait exercer son métier de couturière.

Depuis le milieu du mois de mai 1913, à la suite de surmenage, elle se sent prise d'une grande fatigue dans les

membres inférieurs, le cou aurait augmenté, le pouls est à 120, il n'y a pas de maux de tête, les transpirations sont abondantes, les cheveux tombent abondamment. Le tremblement est redevenu vif, la malade dort bien.

Les réflexes rotuliers et radiaux sont très vifs des deux côtés.

L'exophtalmie, qui était marquée depuis quelques jours, a diminué depuis qu'on a fait une saignée à la malade.

La tension artérielle est au Pachon de 17-10.

La malade est traitée par des injections d'extraits hypophysaires et des saignées.

19 *juillet.* — Tour du cou tout à fait à la base 37 1/2, au maximum de la tuméfaction 38 1/2.

23 *août.* — La malade se sent beaucoup mieux, elle est beaucoup moins nerveuse.

Le tour de cou est de 38.

11 *novembre.* — Tension 16 et 11.

Pouls 111.

Tour de cou 39.

La malade n'a plus de crises d'étouffement et de nervosité. Elle devient plus nerveuse cependant quand on interrompt le traitement.

10 *janvier* 1914. — Depuis trois semaines elle est reprise d'étouffement et de palpitations assez fortes. Elle n'a pas eu d'injection depuis 15 jours.

20 *janvier.* — Reprise du traitement (teinture d'iode IV à XXX gouttes matin et soir et injections). La malade se sent mieux, elle a moins d'étouffement.

Les yeux semblent un peu plus gros que d'habitude.

17 *mars.* — Submatité au sommet droit, rudesse de la respiration. Pas de modification des vibrations. Pas d'intermittences cardiaques.

2 mai. — La malade a une petite hémoptysie sans signes stéthoscopiques.

Observation VI.

Mme Adélia Bell..., âgée de 60 ans, concierge, entre dans le service pour un goitre exophtalmique.

Antécédents héréditaires :

Père mort à 75 ans de congestion cérébrale.

Mère morte à 42 ans de congestion pulmonaire.

Une grand'mère a eu la ménopause à 36 ans après six grossesses.

Sa mère fut bien réglée. Elle a eu six enfants, dont un est mort à neuf mois.

Elle a eu deux frères, l'un mort à 54 ans de tumeur blanche au genou. Ses enfants sont bien portants, il a eu une fille normalement réglée qui a des enfants.

L'autre frère est mort à 44 ans. Il a eu une fille qui a des enfants bien portants.

Le grand-père de la malade a eu une sœur qui n'a jamais été réglée.

La malade a eu une sœur réglée à 16 ans, toujours bien réglée depuis.

Dans la famille de son père, il n'y a pas eu de goitre, pas de cas gigantisme, pas de gens imberbes.

Une sœur de son père avait le teint très foncé.

Il ne semble pas qu'il y ait eu dans sa famille de cas de malformations.

Dans son pays natal beaucoup ont le teint foncé et on constate quelques goitres.

Antécédents personnels :

A 13 ans elle eut un goitre simple, à droite, qui disparut à peu près en 18 mois de traitement.

Jusqu'à 15 ans, à part la rougeole et la scarlatine, elle n'eut aucune maladie.

A 18 ans elle eut de fréquentes céphalées et des douleurs vagues dans les reins. Elle n'était pas encore réglée à cette époque. Mais chaque mois elle avait des poussées fluxionnaires aux seins, quoiqu'ils fussent peu développés, poussées coïncidant, semble-t-il, avec la période des règles.

A 20 ans elle devient triste, elle a des idées de persécution sans cause. Elle se figure que tout le monde lui en veut. Elle a de l'asthénie morale et elle tente de se suicider.

Sa famille l'envoie consulter le Dr Ricord qui l'a traitée par l'apiol et le valérianate d'ammoniaque. Deux mois après ce traitement, ses règles apparurent pendant qu'elle dansait. Elle était alors âgée de 23 ans.

A ce moment diverses modifications se produisirent dans son état. Elle redevint gaie, et, pour la première fois, elle manifesta l'intention de se marier, alors qu'elle n'avait jamais été amoureuse auparavant.

Ses seins augmentèrent de volume et sa peau devint un peu moins foncée.

Mais jamais ses règles ne furent abondantes. Elle n'eut jamais besoin de se garnir. Les règles apparaissaient le matin, disparaissaient le soir, tout au plus pouvait-elle constater sur son linge deux ou trois taches de sang. Pendant cinq ou six ans elles furent régulières, puis elles devinrent irrégulières.

A 24 ans elle se maria, mais n'eut jamais de grossesse.

Peu de temps après son mariage elle eut des crises d'étouffement avec sensation de boule montant à la gorge. Ces crises étaient toujours suivies de larmes. Elles se répétèrent et se rapprochèrent de plus en plus jusqu'à être journalières. Elles cessèrent après que la malade eut vu un magnétiseur.

Son mari, qui est actuellement âgé de 61 ans, a toujours été bien portant.

A 44 ans, la malade eut la ménopause, mais depuis l'âge de 38 ans ses règles étaient irrégulières.

Depuis elle a des sueurs sur tout le buste. De temps à autre elle a des frissons, plus particulièrement marqués à la tête, aux seins et dans le dos.

L'émotion les augmente.

En 1909, elle eut du lombago qui dura un mois.

En juillet 1910, elle perdit une nièce de méningite tuberculeuse. Elle en eut une très forte émotion et se mit à trembler à partir de ce moment. Depuis elle est inquiète et est très émotive.

Depuis six semaines elle tremble beaucoup. Elle a peur de devenir infirme, d'être paralysée, de mourir. Elle ne peut rien faire. Elle s'assied sur une chaise et pleure.

Le goitre n'a pas augmenté ces temps derniers.

Il n'y a ni antécédents spécifiques, ni antécédents éthyliques.

Examen de la malade. — Elle a un facies pigmenté. Les yeux sont vifs et brillants. La face a des tremblements fibrillaires. La région sous-hyoïdienne droite est le siège d'une tumeur non douloureuse, molle, non réductible, suivant les mouvements de la trachée. Au niveau du goitre on n'entend pas de souffle, on ne perçoit pas de battement.

Le cou a 33 centimètres de circonférence.

Troubles nerveux. — Moteurs : tremblement menu, régulier, de tout le corps, manifeste surtout aux mains. L'écriture est cependant peu tremblée. Aux pieds le tremblement n'est perçu que lorsqu'ils reposent sur la pointe. A la face ce sont des tressaillements musculaires sans tremblement de la tête. Ce tremblement est exagéré par les émotions et pendant le repos.

Sensitifs-objectifs : 0.

Sensoriels : oreille, parfois bourdonnements ; œil pas d'exophtalmie, aucune trouble visuel.

La pupille réagit à la lumière et à l'accommodation.

Quand elle ferme fortement les paupières, elle a du tremblement des muscles élévateurs.

Troubles réflexes. — Rotuliens, Radiaux, Tricipitaux } exagérés.
Cutanés plantaires en flexion.

Troubles psychiques. — Irritabilité plus grande qu'à l'ordinaire, bien que la malade ait toujours été irritable.

Pas d'insomnie, ni de cauchemars.

Dépression fréquente.

Elle pleure facilement quand on lui dit qu'elle ne guérira pas.

Troubles vaso-moteurs. — Bouffées de chaleur à la tête.

Sueurs profuses sur tout le buste et le crâne.

Troubles trophiques. — Varicosités minimes aux membres inférieurs, œdème tibial très léger.

Troubles cardio-vasculaires. — Pouls à 120 le 21 décembre, 100 le 26 décembre, régulier, bien frappé.

Tension au Pachon 20 et 10.

Battements des carotides.

Pas de souffles aux jugulaires.

Palpitations fréquentes.

Au cœur pas de souffle organique.

Troubles digestifs. — Appétit capricieux.

Pas de diarrhée. Selles régulières.

Langue bonne.

Troubles respiratoires. — Respiration diminuée au sommet droit en avant.

Pas de râles surajoutés.

Inspiration diminuée.

Troubles urinaires. — Urines abondantes, claires, surtout la nuit.

Ni albumine, ni sucre.

Troubles génitaux. — Les règles apparaissent à 22 ans et disparaissent définitivement à 44 ans ; mais à partir de 38 ans, elles sont fort irrégulières. Elles furent toujours si peu abondantes que la malade n'eut jamais besoin de se garnir. Tout au plus observait-elle deux ou trois taches de sang à sa chemise pendant une journée.

Les seins sont à peine apparents, ils n'ont jamais été développés.

Les poils des aisselles et de la région pubienne sont clairsemés.

Etat général. — Amaigrissement ; il y a quinze mois elle pesait 138 livres, le 25 décembre elle ne pèse plus que 120.

9 *janvier.* — Poids : 56 k. 200. Après la deuxième séance de radiothérapie, elle a une accalmie de trois jours (moins de tremblement, moins de sueurs).

Pouls 160, irrégulier.

Tension 22-9.

Circonférence du goitre 33 centimètres.

On donne 1 gr. 50 de salicylate de soude à la malade.

23 *janvier.* — Poids : 56 kilogrammes.

Amélioration, moins de palpitations, moins d'idées noires, diminution des sueurs.

Peu d'appétit.

Cinquième séance de radiothérapie.

La malade a toujours été asthénique depuis le début de la maladie.

30 *janvier.* — Pas d'appétit.

Palpitations plus marquées.

Poids : 55 kilogrammes.

Pouls presque incomptable (160, très irrégulier). Tension 21-8.

6 *février.* — Pouls irrégulier, difficile à compter. Respiration un peu rude aux deux sommets. Poids : 55 k. 100.

Quelques jours auparavant prurit de tout le thorax de 11 heures du soir à minuit et demi. Trois jours après, tremblement, nausées, tendances syncopales de 8 heures à 11 heures du matin, après quoi elle eut une crise de larmes. Le reste de la journée se passe sans incident.

13 *février.* — Pouls irrégulier, difficile à compter ; tension 21-9.

Poids : 55 kil. 200.

Le mercredi, le jeudi, le vendredi d'avant, amélioration consistant surtout en une diminution du tremblement. Samedi, diminution du bien-être. Dimanche, le tremblement et les battements de cœur sont forts.

20 *février.* — Il y a quelques jours, comme elle revenait chez elle, venant de l'hôpital, elle était fatiguée, énervée ; le jour d'après également, mais depuis l'appétit est revenu et elle se sent très bien. Elle prend de l'ovolécithine depuis quinze jours, et depuis dix jours on lui fait une piqûre quotidienne de cacodylate.

Disparition des sueurs, moins de tristesse.

Poids : 55 kilogrammes.

Pouls 160, irrégulier, plus frappé.

17 *février.* — Poids : 55 kil. 800.

Tension 18-8.

Pouls irrégulier, incomptable.

Depuis quelques jours, le tremblement est plus marqué, la malade est angoissée.

Un soir apparut un œdème bimalléolaire qui avait disparu au réveil le lendemain matin. Depuis lors l'œdème est constant.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

5 *mars.* — Poids : 57 kilogrammes.

La malade a pris régulièrement des pilules d'ovolécithine depuis le 20 février. Elle a reçu des applications de rayons X. Elle se sent mieux depuis un mois.

Pouls très irrégulier, incomptable.

Tension artérielle 19-11.

Œdème des jambes.

Prendre pendant trois jours, 3 granulés de digitaline naturelle à 1/10 de mmg *cutiréaction tuberculeuse négative.*

6 *mars.* — Arythmie.

Pouls à 164.

23 *avril.* — Le 7 mars la malade s'est alitée. Pendant un mois elle demeura gravement malade. Elle avait une congestion pulmonaire, la température était constamment élevée. Elle crachait peu.

Aujourd'hui elle revient très amaigrie.

On constate :

Une matité assez accentuée sous la clavicule droite et dans la fosse sous-épineuse.

Respiration très diminuée dans cette région. Le murmure vésiculaire ne s'entend plus nettement.

Pas de râles ni de craquements après la toux.

Cœur rapide, sans souffle ni intermittence.

Pouls un peu irrégulier, plus ou moins rapide suivant les moments. En général au-dessus de 120.

Pas de douleurs articulaires.

Essoufflement assez accusé.

Grande nervosité.

Irritation facile.

Pas de sueurs. Elle en a eu beaucoup pendant sa maladie.

Elle a un peu d'œdème des jambes de temps à autre.

Le goitre est toujours appréciable, mais moins volumi-

neux. Pas d'exophtalmie, tremblement toujours très accusé.

Poids : 52 kilogrammes.

Urines normales.

4 *juin* 1912. — La malade pèse 54 kil. 100. L'appétit est variable. Par moments la malade mange très bien. Dernièrement elle a eu des coliques et de la diarrhée. Pas de sueurs la nuit.

Toux rare, surtout nocturne.

Pouls 108.

Il y a encore du tremblement, mais il a sensiblement diminué. Par moments même la malade ne tremblerait pas du tout.

Cou 32 cm. 1/2.

Battements des carotides très diminués.

Pas d'adénopathie cervicale.

Appareil pulmonaire :

Sommet, respiration un peu sourde, mais pas de bruits surajoutés.

Base, légère matité à la base droite avec quelques frottements à l'auscultation.

17 *juin*. — Arythmie assez prononcée.

Pouls irrégulier, incomptable.

Pas de dyspnée, pas d'œdème malléolaire.

Tension 21-10.

Poids : 54 kil. 600.

16 *juillet* . — Matité au sommet droit, sous la clavicule, respiration très diminuée.

A la base droite quelques frottements. Respiration un peu diminuée au sommet droit en arrière.

Transpiration abondante.

Pouls très irrégulier, arythmique.

Etat général meilleur.

Poids : 61 kilogrammes.

DISCUSSION

Nous voulons, dès maintenant, répondre à une objection que l'on pourrait nous faire, concernant les malades du premier groupe. On peut dire que si ces malades tuberculeuses sont devenues basedowiennes, c'est que le bacille de Koch a déterminé la formation d'adénopathies trachéo-bronchiques qui ont irrité le sympathique, ce qui, comme certains le soutiennent, peut être la cause du goitre.

Notons, d'abord, que la tuberculose, dans les cas personnels que nous venons de citer, était très peu avancée, et qu'il a fallu dans presque tous les cas un examen très minutieux pour mettre en évidence les signes pulmonaires.

L'infection bacillaire était si peu accentuée dans de nombreux cas cités par Pinon (1) qu'elle ne se révélait que par une rétraction de l'aponévrose palmaire amenant une flexion permanente des deux derniers doigts.

En admettant même que l'adénopathie trachéo-bronchique puisse se développer dans de pareilles conditions de torpidité de la tuberculose, les travaux récents sur cette question nous permettent d'éliminer cette pathogénie des goitres exophtalmiques survenant chez des tuberculeuses adultes.

En effet, MM. Rist et Ameuille (2) ont montré que l'adénopathie trachéo-bronchique de l'adulte et de l'enfant n'ont aucune ressemblance au point de vue anatomique. Les ganglions médiastinaux ne dépassent pas, en général, le volume d'une olive, ils ne sont ni caséeux, ni scléreux, n'adhèrent pas aux organes voisins et sont bien indépen-

---

(1) *Loco citato.*

(2) Société médicale des hôpitaux, 3 avril 1914.

dants les uns des autres. M. Léon Bernard, dans la même séance, confirmant dans leurs grandes lignes les recherches de ces auteurs, ajoutait que, quelle que soit l'étendue et l'importance des lésions pulmonaires de l'adulte, celles des ganglions médiastinaux sont discrètes.

Cependant, on rencontre assez souvent chez des tuberculeux adultes des signes stéthacoustiques que chez l'enfant on est convenu d'attribuer à l'adénopathie trachéo-bronchique. Or, il n'a pas semblé à M. Léon Bernard qu'il y ait concordance entre ceux-ci et la constatation de ganglions médiastinaux aux rayons Röntgen. On peut entendre ces signes dans les cas où il n'y a pas plus d'adénopathie aux rayons, que dans d'autres cas où les mêmes signes étaient absents. Inversement, chez certains malades, des ombres ganglionnaires ne se révèlent pas à l'oreille.

Ces recherches nous permettent de penser que, dans les cas que nous avons cités, le goitre exophtalmique ne saurait être dû à l'irritation du symphatique par un ganglion médiastinal, et que Pinon (1), dans les cas purement cliniques qu'il a cités d'adénopathie trachéo-bronchique coïncidant avec le goitre exophtalmique a pu être trompé par la constatation de signes stéthacoustiques.

Quant au deuxième groupe de malades (observations V et VI), on peut dire qu'elles ont été tuberculisées à cause de leur cachexie thyroïdienne. L'une et l'autre de ces malades ont, en effet, passé un certain temps dans le service où elles étaient soignées pour leur affection thyroïdienne. Il nous est impossible de nier qu'elles aient pu contracter la tuberculose au cours de leur séjour à l'hôpital.

Mais, même en ce qui concerne les sujets qui rentrent dans ce groupe, nous avons l'impression clinique que sont nombreux ceux dont la tuberculose, qui était préexistante au goitre, se démasque par suite de l'état d'affaiblissement dans laquelle la maladie de Basedow a mis la malade.

(1) *Loco citato.*

Il s'agit donc, à notre avis, d'une atteinte particulière du corps thyroïde par la tuberculose. Mais il ne sauraie être question de lésions analogues à celles que l'on rencontre dans le poumon, par exemple. Nous pensons qu'un individu intoxiqué par le poison tuberculeux peut présenter, au niveau du corps thyroïde, des lésions analogues à celles que l'on rencontre au niveau des autres organes, tels que les reins, le pancréas, l'ovaire, les surrénales.

Déjà Mac Collern (1) a montré, en 1907, que les lésions, qui sont pour lui caractéristiques de l'hyperfonctionnement, parlent dans le sens que nous venons d'indiquer. Sur 60 cas qu'il a étudié microscopiquement, il a trouvé, en effet, des lésions qui rappellent celles de l'hyperfonctionnement expérimental.

Hypertrophie parenchymateuse, alvéoles à parois plissées, formant des végétations intra-alvéolaires, des cellules épithéliales hautes, cylindriques, à noyaux en karyokinèse, colloïde rare, faiblement colorable, amas de tissu lymphoïde avec hypertrophie des organes lymphoïdes voisins.

D'autres auteurs reprirent ces travaux et trouvèrent les mêmes lésions, en particulier Wilson, Rubeers, Duval.

En 1911, Poncet et Leriche, dans un article paru dans la *Gazette des Hôpitaux* (2), constataient « qu'un organe est d'autant plus souvent touché par la tuberculose inflammatoire qu'il l'est plus rarement par la tuberculose spécifique. Il en est ainsi pour les glandes vasculaires sanguines et, en particulier, pour le corps thyroïde. Leurs lésions de défense contre la tuberculose sont d'emblée la sclérose, toujours suffisante, et l'on n'y voit pas de lésions folliculaires parasites. Aussi pour tous les classiques, cliniquement, les lésions tuberculeuses ne s'y rencontrent presque jamais ; par contre, rien n'y serait si banal, à écouter les

(1) *Journal of medical Association*, 7 octobre 1907.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, n° 74, 1911, Tuberculose inflammatoire et glandes vasculaires sanguines.

anatomo-pathologistes, que la sclérose associée ou non à la prolifération adénomateuse.

La cirrhose est, pour ces glandes, le mode normal de réaction au bacille de Koch.

De plus, ces lésions ne sont pas particulières aux glandes vasculaires sanguines, on les rencontre très fréquemment chez les tuberculeux : infiltration leucocytaire, prolifération adénomateuse, sclérose.

En particulier pour le corps thyroïde, ces lésions évoluent lentement, sourdement, les effets de la déchéance thyroïdienne paraissent une maladie primitive, sans relation possible avec une tuberculose qu'on ne voit pas encore. »

Biedl (1), tout dernièrement, a décrit longuement et figuré ces aspects de thyroïdite parenchymateuse et insisté surtout sur les amas lymphoïdes que l'on rencontre de façon presque constante parmi les lésions prédominantes.

Roussy et Clunet (2) ont repris et confirmé ces données antérieures.

Il semble donc établi que ces lésions indiquent l'existence de lésions inflammatoires toxi-infectieuses dans tous les goitres exophtalmiques. Et, certes, nous ne voulons pas dire que leur constatation devra toujours indiquer l'action sur le corps thyroïde de la tuberculose. Nous savons, en effet, que toutes les infections, syphilis, fièvre typhoïde, rhumatisme, etc., et les intoxications, plomb, mercure, alcool, sont capables, à la longue, de les déterminer. Mais nous croyons que, beaucoup plus souvent que toutes ces causes, la tuberculose est capable de les produire, car elle est, de l'aveu de tous, beaucoup plus fréquente. Et, comme le disent Poncet et Leriche dans l'article que nous venons de citer, « les anatomo-pathologistes et les bactériologistes, se mettent d'accord pour nous dire que 90 0/0 des adolescents sont touchés par la tuberculose, que la majorité des

(1) Biedl, *Innersécrétion*, 2e édition 1913.

(2) *Annales de médecine*, 1914.

hommes de trente ans ont les réactions biologiques qui caractérisent l'imprégnation bacillaire. Il faudrait bien, cependant, avoir l'esprit synthétique et unir ces différents termes : fréquence des tuberculoses latentes, fréquence des scléroses thyroïdiennes. »

Aussi terminerons-nous en disant que les lésions du goitre exophtalmique peuvent être d'origine tuberculeuse.

CONCLUSIONS

Certes, nous ne prétendons pas que tous les goitres exophtalmiques sont dus à la tuberculose inflammatoire. Nous pensons qu'au sujet du corps thyroïde, comme de tous les autres organes, il faut être éclectique et admettre qu'un organe n'a que très peu de réactions possibles contre un grand nombre d'infections et d'intoxications auxquelles il est sensible.

En particulier, nous croyons que le corps thyroïde ne peut guère réagir qu'en donnant lieu à un syndrome basedowien quand il est atteint par une infection atténuée, telles que la scarlatine, le rhumatisme, la rougeole, la syphilis. Mais nous pensons que la place faite à la tuberculose, dans les traités classiques, est trop peu considérable dans cette étiologie, et qu'elle est, plus fréquemment qu'on ne l'a dit jusqu'à présent, la cause du goitre exophtalmique.

C'est ce que montrent les constatations anatomo-pathologiques faites aussi bien par les auteurs français qu'étrangers, et les faits cliniques que nous rapportons.

Dans ceux du premier groupe, c'est-à-dire chez lesquels le goitre est survenu au cours d'une tuberculose atténuée, le rôle de cette infection dans l'apparition du syndrome semble bien manifeste.

Dans ceux du second groupe, en dehors des cas certains où

la tuberculose, contractée au cours de séjours hospitaliers, se développe avec facilité sur un organisme affaibli par la cachexie thyroïdienne, il ne semble pas irrationnel d'admettre qu'il est une autre catégorie de malades, déjà basedowiens et non cachectiques, chez lesquels se démasque une tuberculose, latente, jusque-là, dont les progrès sont liés à la perturbation organique due au développement du goitre exophtalmique.

— — — — —

Imprimerie L. Pochy, 52, rue du Château. — 1117-14.